Aus der medizinischen Universitätspoliklinik in Berlin.
(Direktor Geheimrat Prof. Dr. Senator.)

Ueber die

Ergebnisse von Magenuntersuchungen bei Frauenleiden.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

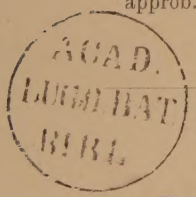
Hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Heinrich Winkler
approb. Arzt aus Jülich.



Berlin 1905.
Druck von L. Schumacher.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Leipzig, 25. Juli 1905.

Referent:
Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Curschmann.

Meiner lieben Mutter

und

dem Andenken meines teuren Vaters!

Die Aufmerksamkeit des Arztes an einer Poliklinik für innerlich kranke Frauen wird unwillkürlich hingelenkt auf den grossen Prozentsatz von Frauen, die wegen Magenbeschwerden die Poliklinik aufsuchen, deren Klagen nebenbei aber auch auf Veränderungen der Sexualorgane hinweisen. Treten die Unterleibsbeschwerden in den Vordergrund, sodass sich die Frauen deshalb in die Behandlung des Frauenarztes begeben, so sind diesem wieder die Klagen gynäkologisch kranker Frauen über Verdauungsbeschwerden geläufig.

Das häufige Zusammentreffen von Beschwerden seitens der Abdominal- und Geschlechtsorgane zugleich — Engelmann[1]) hat festgestellt, dass fast 25 pCt. der wegen Frauenkrankheiten beobachteten Kranken an Magenstörungen leiden — kann kein zufälliges sein; man muss vielmehr eine wechselseitige Beziehung als wahrscheinlich finden.

Verdauungsstörungen im Zusammenhang mit dem physiologischen Geschlechtsleben des Weibes (Menstruation, Schwangerschaft, Klimacterium), hat man nicht mit Unrecht als reflektorisch ausgelöste nervöse Zustände gedeutet; man glaubte nun auch, dass durch krankhafte Veränderungen der Sexualorgane reflektorisch Magenneurosen erzeugt werden könnten.

„Meist scheint hierbei von den Frauenärzten an reine Sensibilitätsneurosen, an die Dyspepsia nervosa im ursprünglichen Sinne v. Leube's, d. h. an bloss subjektiv dyspeptische Be-

---

1) Engelmann, Transaction of the americ. gynecolog. society 1872. Zitiert nach Frank.

schwerden ohne jede messbare Aenderung der Magenfunktion gedacht worden zu sein.

Diese Annahme schien durch die Erfahrung gestützt, dass öfter durch zweckmässige Behandlung der Genitalkrankheit auch Heilung der subjektiven Magensymptome erzielt wurde", sagt Sommer[1]). Inwieweit jedoch neben diesen rein sensiblen Magenneurosen sekretorische und motorische Störungen nebeneinander laufen, darüber liegen noch sehr wenige Untersuchungen vor. So sagt Kehrer: Dringen wir aber tiefer in die Ergründung nach der Beschaffenheit der Magenfunktionen bei den physiologischen und pathologischen Veränderungen der Genitalsphäre ein, so finden wir, dass hier ein weites, noch kaum erforschtes Gebiet vorliegt, was um so auffallender ist, als die Untersuchungen über die Magenfunktionen im allgemeinen überaus zahlreich sind".

Ich bin deshalb der Aufforderung von Herrn Dr. M. Mosse gerne nachgekommen, bei gynäkologisch erkrankten Frauen die Magenfunktionen in sekretorischer und motorischer Beziehung zum Gegenstand einer eingehenden Untersuchung zu machen. Soweit ich die Literatur vor mir habe, sind wohl bis jetzt von mir die meisten Untersuchungen über diese wechselseitigen Beziehungen angestellt worden. In 41 Fällen wurde die sekretorische Funktion und in den meisten von diesen auch die motorische geprüft.

Gynäkologisch wurden die Frauen zumeist in der Poliklinik von Herrn Prof. W. Nagel und zwar von Herrn Prof. Nagel selbst untersucht.

Nur solche Patientinnen wurden zur Beobachtung herangezogen, bei denen neben Genitalaffektionen stärkere Symptome von Magenbeschwerden bestanden. Die wenigen Fälle, in denen ein Allgemeinleiden bestand, habe ich auch mit aufgenommen (3 Fälle von Spitzenkatarrh, s. Tabelle). Da diese Affektionen jedoch jene digestiven Störungen erklären hätten können, wurden diese 3 Fälle bei der Berechnung später vernachlässigt.

In der Tabelle ist nun eine Uebersicht gegeben über den Genitalbefund, den Magenbefund und den Chemismus; das wichtigere bezüglich der Metodik sei nur in Kürze hervorgehoben.

---

1) Sommer, Ueber den Zusammenhang dyspeptischer Beschwerden mit Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparates. Centralblatt f. innere Medizin, 1902, No. 9.

Die Patientinnen erhielten das Ewald'sche Probefrühstück (eine Tasse Tee mit zwei Weissbrötchen). Eine Stunde später wurde der Mageninhalt zu gewinnen gesucht, was auch in den meisten Fällen leicht nach Einführung des Magenschlauches durch Exprimieren von seiten der Patientinnen gelang. Die Reaktion wurde durch Lakmus geprüft; die freie Salzsäure durch Kongorot nach dem Vorschlag von Höslin und Riegel titriert. Das Reagenz von Günzburg wurde ebenfalls stets benutzt. Die Gesamtacidität wurde, wie üblich, mit $^1/_{10}$ normal Natronlauge bestimmt. Die gebundene Salzsäure wurde nicht quantitativ bestimmt. „Findet sich freie Salzsäure, dann hat, wie Riegel sagt, die quantitative Bestimmung der Gesamtacidität und der freien Salzsäure ungleich grössere Wichtigkeit, als die Bestimmung der gebundenen Salzsäure. Bei den Fällen von Subacidität hat die Bestimmung der gebundenen Salzsäure nur einen beschränkt praktischen Wert.“ Die Milchsäurereaktion nach Uffelmann wurde ebenfalls jedesmal angestellt, ebenso der Pepsinversuch mit Carmin-Fibrin.

Um die motorische Funktion des Magens zu prüfen, bedienten wir uns der Salolprobe. Die Patientinnen erhielten in der Poliklinik 1 g Salol; nach 24 Stunden wurde der Harn auf Salicylsäure untersucht. Leider konnte aus äusseren Gründen nicht in allen Fällen die Salolprobe durchgeführt werden. Zur Diagnose einer Lageveränderung des Magens wurde die Aufblähungsmethode mittels Natrium bicarbonicum und Acidum tartaricum angewandt.

Als Normalwerte für die freie Salzsäure und die Gesamtacidität mögen die von Riegel[1]) angegebenen gelten. Er nimmt an für freie Salzsäure 20—40; für die Gesamtacidität 40—60 (nach Probefrühstück).

Eine besonders grosse Rolle als vermeintlich auslösende Ursache von Magenneurosen spielen unter den Genitalleiden die Lageveränderungen des Uterus. Durch die chemisch analysierende Mageninhaltuntersuchung ist es uns nun möglich geworden, zu erkennen, ob es sich nur durch Vermittelung des Nervensystems reflektorisch ausgelöste Sensibilitätsneurosen mit

1) Riegel, Die Erkrankungen des Magens. S. 121, 2. Auflage, Wien 1903.

bloss subjektiven dyspeptischen Beschwerden ohne jede messbare Aenderung der Magenfunktion handelt, oder ob nebenbei auch noch Störungen sekretorischer und motorischer Art vorhanden sind.

Ein Teil des mir vorliegenden Materials bezieht sich nun auf Lageveränderungen des Uterus, und zwar die 10 ersten Fälle (Tabelle) auf Retroflexio uteri. Unter 7 Fällen, in denen der Uterus nicht aufgerichtet war, fand sich eine Herabsetzung der sekretorischen Funktionen in 6 Fällen; in 2 Fällen, in denen der Uterus längere Zeit vor der Mageninhaltuntersuchung aufgerichtet war, das Pessar gut lag, wurde einmal normale sekretorische Funktion gefunden; es bestand keine Lageveränderung. Das andere Mal war Achlorhydrie vorhanden; allerdings bestand hier ein Katarrh der rechten Spitze, und deshalb ist dieser Fall nicht gleich dem anderen zu deuten.

Diese Resultate von Mageninhaltuntersuchungen bei Retroflexio uteri lassen ein ziemlich einheitliches Ergebnis erkennen. Die sekretorische Funktion ist in den meisten Fällen verändert, und zwar im Sinne einer Verminderung der Säuresekretion (Subacidität). Es sei noch hingewiesen auf Fall 7 (Tabelle). Der Uterus war längere Zeit vor der Untersuchung aufgerichtet, das Pessar lag gut. Es war keine Lageveränderung vorhanden. Die sekretorische und motorische Funktion war normal; trotz Aufrichtung waren die Beschwerden nicht geschwunden. Es ist dieser Fall interessant, weil es sich hier wahrscheinlich nur um eine Sensibilitätsneurose gehandelt hat.

Meine Beobachtungen stimmen nicht überein mit denen von Panecki[1]), der bei 15 Frauen mit Retroflexio uteri 11 mal eine normale sekretorische Funktion des Magens fand. Sommer[2]) fand unter 11 Fällen von Retroflexio uteri 7 mal normale Chlorhydrie, 4 mal Hypochlorhydrie. Frank[3]) stellte an 6 Fällen von Retro-

1) Panecki, Retroreflexio uteri und Magenneurose. Therapeutische Monatshefte, 1892.

2) Sommer, Ueber den Zusammenhang dyspeptischer Beschwerden mit Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparates. Centralblatt f. innere Medizin, 1902, No. 9.

3) Frank, Ueber den Zusammenhang zwischen Genitalaffektionen der Frauen und Magenbeschwerden. Archiv für Gynäkologie, 1894.

flexio uteri fest, dass 4 mal normale Chlorhydrie bestand, 2 mal Hypochlorhydrie. Kehrer[1]) fand in 15 Fällen von Retroflexio uteri 8 mal Hyperchlorhydrie, 1 mal Hypochlorhydrie, 1 mal Achlorhydrie, 5 mal normale Chlorhydrie.

In 6 Fällen von Retroflexio uteri (Tabelle) bestand 2 mal eine motorische Insufficienz mässigen Grades und 4 mal Gastroptose; einmal ist Gastroptose combiniert mit motorischer Insufficienz, das andere Mal nicht.

Nicht so sehr weicht die sekretorische Funktion des Magens ab in den Fällen, in denen eine Retropositio uteri bestand. Während die chemische Analyse bei Retroflexio uteri in 7 Fällen nur einmal normale Chlorhydrie aufwies, fanden wir bei Retropositio uteri in 6 Fällen 3 mal normale Chlorhydrie.

Vergleichsresultate mit anderen Beobachtern anzuführen ist nicht möglich, da sich in der Litteratur keine Mageninhaltuntersuchungen bei dieser gynäkologischen Affektion finden.

Noch mehr den normalen Werten nähert sich der chemische Befund bei Retroversio uteri. In 4 untersuchten Fällen war 3 mal normale sekretorische Funktion vorhanden. Das vierte Mal bestand Achlorhydrie. Dieser Fall ist jedoch kompliziert durch einen Katarrh der rechten Spitze.

Wenn nun in den drei anderen Fällen die Beschwerden unserer Patientinnen nicht zu erklären sind durch eine Störung der sekretorischen Funktion, so sehen wir, dass 2 mal Gastroptose vorhanden ist, die, wie bekannt, Beschwerden auslöst.

Bei 2 Fällen von Tumoren des intraligamentären Gewebes ergab der chemische Befund beide Male Hypochlorhydrie.

Der Rest der von mir angestellten Untersuchungen bezieht sich auf 10 gynäkologische Affektionen akuter und chronischer entzündlicher Natur (Endometritis, Metritis, Metritis und Endometritis, Parametritis posterior). Nur in einem Falle war die sekretorische Funktion normal. Dieser Fall ist aber insofern von Interesse, als sich nach der Ausheberung herausstellte, dass die Beschwerden der Patientin gar nicht den Magen betrafen. Es

1) Kehrer, Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum Tractus intestinalis und besonders zum Magen, Berlin 1905.

hatte sich bei der Mageninhaltuntersuchung um ein Missververständnis gehandelt. Auffallend erscheint es auf jeden Fall, dass bei den entzündlichen Affektionen die sekretorischen Funktionen bedeutender verändert sind, und zwar im Sinne einer verminderten Säuresekretion, als bei allen anderen gynäkologischen Leiden.

Sommer fand in 4 Fällen von entzündlichen gynäkologischen Affektionen ebenfalls zweimal Hypochlorhydrie. Kehrer stellte in 2 Fällen Hyperchlorhydrie fest.

Resümiren wir, so findet sich bei der Mageninhaltuntersuchung von 37 (3 Fälle von Spitzenkatarrh und Fall 4 — Tabelle — in dem keine quantitative Bestimmung der freien Salzsäure stattfand, habe ich nicht mitberechnet) nach Probefrühstück untersuchten Patientinnen, bei denen neben einer gynäkologischen Erkrankung noch die verschiedensten Magenbeschwerden bestanden, 11 mal normale Chlorhydrie, 20 mal Hypochlorhydrie, 5 mal Achlorhydrie, 1 mal Hyperchlorhydrie, 17 mal normale Gesammtacidität, 18 mal Subacidität und 2 mal Superacidität. In 29,9 pCt. der Fälle war die sekretorische Funktion des Magens trotz vorhandener Beschwerden vollkommen normal. Diese Zahl differiert von der von Panecki mit 73,3 pCt., von Frank mit 80 pCt., von Kehrer 42,08 pCt. Panecki und Frank untersuchten je 15 Frauen, Kehrer 28. Es ergibt sich aus unserer Zusammenstellung, dass es sich nur zum kleineren Teile um Sensibilitätsneurosen handelt, zum grösseren Teile sehen wir Störungen der sekretorischen und motorischen Funktion, sodass es also an nicht rein subjektiven Ursachen für die Beschwerden unserer Patientinnen nicht fehlt.

Gewinnen wir aus unseren Untersuchungen vielleicht einen Anhaltspunkt für die Aetiologie der Magenfunktionsstörungen bei Frauenleiden? Sommer sagt zum Schlusse seiner Abhandlung: „Hinsichtlich des Zusammenhanges der von mir beobachteten Abweichungen der sekretorischen Magenfunktion genitalleidender Frauen mit der Uterusaffektion, speziell mit der Retroflexio, geben natürlich meine Beobachtungen keinerlei Aufschlüsse. Da eine Besserung des Frauenleidens von mir nur zweimal eine Abnahme der Magenbeschwerden zur Folge gehabt hat, so habe ich keinen direkten Grund, einen solchen Zusammenhang zu behaupten, umso weniger, als die Aufrichtung des retroflektierten Uterus in einem

Falle eher eine Verschlechterung der gastrischen Erscheinung nach sich zog.

Kehrer hat versucht, in die ursächlichen Beziehungen zwischen Frauenleiden und Magenstörungen tiefer einzudringen: „Bezüglich der Aetiologie der nervösen Beziehungen zwischen Genital- und Magendarmerkrankungen unterscheidet er mit Eisenhart und A. Theilhaber vier Möglichkeiten.

I. Die Genitalerkrankung ist die Ursache der Magendarmbeschwerden.

II. Die Erkrankung des Darms oder Magens führt zu Störungen von Seiten der Genitalien.

III. Die Erkrankungen der Genitalien und des Magendarmkanals sind Koëffekte einer gemeinsamen Ursache, welche im Nervensystem (centrale Ursache) oder in Veränderungen der Lage der Bauchorgane (statische Momente) oder in veränderter Blutmischung zu suchen ist.

IV. Die Erkrankung der Genitalien und des Magendarmkanals sind nur zufällig miteinander kombiniert. Die Genitalerkrankung ist Nebenbefund.

Dagegen, dass die Veränderung der Genitalorgane und Magenstörungen nur ein rein zufälliges Zusammentreffen darstellen, spricht nach meiner Zusammenstellung das so häufige Vorkommen beider Affektionen zugleich. Es ist kein Fall angeführt, in dem eine organische Erkrankung des Magens bestand (Ulcus, Gastritis). Allerdings muss ich die 3 Fälle von Spitzenkatarrh hier in Abrechnung bringen, die für sich allein die Funktionsstörungen am Magen erklären könnten. Dann bleiben immerhin aber noch 38 Fälle übrig, in denen jene Voraussetzungen nicht zutreffen.

Dass beide Erkrankungen ihren Grund haben könnten in einer Chlorose, könnte der Fall 22, (s. Tabelle) dartun.

Dieser Fall ist kurz folgender:

Frl. P., Alter 31 Jahre, Partus 1 mal; gynäkologische Diagnose: Endometritis levis; Blutbefund: 60 pCt. Hämoglobingehalt. Patientin klagt längere Zeit über Appetitlosigkeit, Druck und Völle in der Magengegend. Die chemische Mageninhaltuntersuchung ergibt Achlorhydrie. Es besteht keine Lageveränderung des Magens, und keine Störung der motorischen Funktion.

Sehr häufig ist jedoch, wie aus der Tabelle ersichtlich, das Zusammentreffen von Gastroptose, Sexualaffektionen und sekre-

torischen Magenfunktionsstörungen. Es ist eine bekannte Tatsache, dass gerade bei Frauen, die geboren haben, Gastroptose sehr oft im Anschluss an die Entbindung auftritt.

Kehrer sagt: „In solchen Fällen ist in der Regel die im Anschluss an ein Wochenbett oder an schnelle Abmagerung entstandene Nachgiebigkeit der in ihrem Tonus herabgesetzten Bauchmuskulatur die Ursache der Erschlaffung der Befestigungsbänder und des Herabtretens aller oder einzelner Organe der Bauchhöhle. Es entstehen Dislokationen der Niere, der Leber, des Magens und Darms und des ganzen Genitale, und in einem Teil der Fälle sind es die der Gastroptose und Atonia ventriculi und der Ren mobilis entsprechenden Erscheinungen, zum anderen Teil reflektorisch von den Genitalien aus oder durch Zerrung des Peritoneums entstandenen Magenneurosen, die das klinische Bild beherrschen."

Unter 31 unserer Fälle, in denen auf eine Lageveränderung des Magens untersucht wurde, fand sich 18mal Gastroptose, 13mal keine Gastroptose. Eine motorische Insuffizienz bestand ebenfalls in den meisten Fällen, in denen Gastroptose vorhanden war.

Diese Beobachtung erscheint deshalb bemerkenswert, weil noch auf dem letzten Kongress für innere Medizin Löning über Untersuchungen der Hallenser Klinik berichtet hat, die bei Tiefstand des Magens sogar eine Beschleunigung der Entleerung dieses Organes ergaben. In der Diskussion zu diesem Vortrage wurde von Pariser darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse von Löning im Gegensatze zu den bisherigen Anschauungen stehen, während Leo eine Hypermotilität nur in einzelnen Fällen für möglich hält, und Meinhardt bei ptotischen aber sonst gesunden Mägen unterleibskranker Frauen meistens gute motorische Funktion fand.

Der Zusammenhang von Gastroptose mit Frauenleiden ist also ein verhätnismässig grosser, wie sich aus unserer Zusammenstellung ergiebt. Die Erkrankungen der Genitalien und der Lageveränderungen des Magens sind also als Koëffekte ein und derselben Ursache aufzufassen, d. h. einer Erschlaffung der Bänder der in der Bauchhöhle gelegenen Organe. Mit Gastroptose gehen aber, wie genügend bekannt, Sekretionsanomalien einher.

Inwieweit noch andere Wechselbeziehungen möglich sind zwischen Magenstörungen und Veränderungen der weiblichen Ge-

schlechtsorgane, darüber geben meine Beobachtungen keinen Aufschluss.

Nur in einem Teile der Fälle von Magenbeschwerden bei gleichzeitigen Krankheitsprozessen der Genitalien können wir diese letzteren für die Magensymptome verantwortlich machen. Für diese Fälle haben meine Untersuchungen, wie die auch Kehrer's ergeben, dass die sekretorischen Funktionen so verschieden sind, dass von einem einheitlichen Krankheitsbilde keine Rede sein kann.

Betrachten wir jedoch die Fälle ohne Rücksicht auf das äthiologische Moment der veränderten Genitalorgane für die Magenerscheinungen, so ergibt sich doch folgende interessante Tatsache:

Bei schweren gynäkologischen Leiden ist die sekretorische Funktion des Magens fast stets verändert, und zwar im Sinne einer Hypochlorhydrie.

Wie dieser Zusammenhang zu deuten ist, ist schwer zu sagen. Auf Hypothesen will ich mich nicht einlassen. Mir war es nur darum zu tun, aus den angestellten Beobachtungen die Tatsachen zu bringen.

Was nun die Therapie anbelangt, so könnte man von vornherein annehmen, dass eine Behandlung der gynäkologischen Affektionen ohne weiteres auch eine Beseitigung der Magenbeschwerden mit sich bringt. Diese Annahme hat sich aber nur zum Teil als richtig erwiesen; Kontrolluntersuchungen an denselben Frauen, die nach Feststellung der Mageninhaltsuntersuchungen 2—3 Monate wegen ihrer gynäkologischen Affektionen behandelt wurden, ergaben, dass nach dieser Zeit die subjektiven Magenbeschwerden nicht geschwunden waren. In diesen Fällen, in denen trotz Behandlung der gynäkologischen Beschwerden die Magenstörungen fortbestanden, wird man nicht umhin können, mit medikamentösen und diätetischen Mitteln das Magenleiden (bei dem es sich meistens um Subacidität handelt), zu beeinflussen. Diese Behandlungsweise hat auch in der Tat bei unseren Fällen recht günstige Erfolge gehabt.

Des Weiteren ergibt sich hieraus, wenn wir von unseren Fällen auf andere schliessen dürfen, in der Mehrzahl der Fälle von unterleibskranken Frauen, bei denen eine motorische und sekretorische Funktionsprüfung des Magens nicht möglich ist, die Behandlung so einzurichten, als wenn es sich um Subacidität handelt.

Nach Probe-

No.	Name und Alter	Genital-befund	Magen-		Che-
			Lage-veränderung	Motorische Funktion: Salolprobe nach 24 Stunden	Reaktion
1	Fr. G., 35 J.	Retroflexio uteri fixati	—	Negativ	Sauer
2	Fr. L., 40 J.	do.	Gastroptose	—	do.
3	Fr. G., 59 J.	do.	do.	Negativ	do.
4	Fr. N., 37 J.	Retroflexio uteri mobilis	—	—	do.
5	Fr. H., 38 J.	do.	—	—	do.
6	Fr. K., 33 J.	do.	—	—	do.
7	Fr. H., 25 J.	do.	Keine Gastroptose	Negativ	do.
8	Fr. A., 26 J.	do.	do.	Schwach positiv	do.
9	Fr. H., 27 J.	do.	Gastroptose	do.	do.
10	Fr. H., 45 J.	do.	do.	Negativ	do.
11	Fr. R., 36 J.	Retropositio uteri	do.	—	do.
12	Fr. St., 24 J.	do.	Keine Gastroptose	Negativ	do.
13	Fr. J., 33 J.	do.	do.	do.	do.
14	Fr. Sch., 44 J.	do.	—	—	do.
15	Fr. Sch., 29 J.	do.	Gastroptose	—	do.
16	Fr. H., 30 J.	do.	do.	—	do.
17	Fr. B., 38 J.	Latero positio uteri	do.	Stark positiv	do.
18	Fr. R., 59 J.	Retroversio uteri	—	Negativ	do.
19	Fr. Sch., 37 J.	do.	Gastroptose	Schwach positiv	do.
20	Fr. B., 46 J.	do.	—	Stark positiv	do.
21	Fr. K., 39 J.	do.	Gastroptose	do.	do.
22	Frl. P., 31 J.	Endometritis	Keine Gastroptose	Negativ	do.
23	Fr. W., 52 J.	Metritis chronica	—	—	do.

frühstück.

befund				Bemerkungen	
mismus					
Probe mit Günzburg	Ges.-Acidität	Freie Salzsäure	Pepsinversuch		
Negativ	34	8	Positiv	—	—
Positiv	58	10	do.	—	—
do.	32	16	do.	—	—
do.	52	—	do.	—	—
Negativ	38	0	Schwach positiv	Uterus aufgerichtet längere Zeit vor der Mageninhaltuntersuchung	Katarrh der rechten Spitze
do.	36	6	do.	—	—
Positiv	60	26	Positiv	Uterus längere Zeit vor der Mageninhaltuntersuchung aufgerichtet	
Negativ	16	0	do.	—	—
do.	36	2	Schwach positiv	—	—
Positiv	48	32	Positiv	—	—
do.	58	22	do.	—	—
do.	58	25	do.	—	—
do.	72	42	do.	—	—
do.	54	22	do.	—	—
do.	16	8	do.	—	—
Negativ	42	12	do.	—	Status post laparatom.
do.	30	12	do.	—	—
do.	24	0	Schwach positiv	Catarrhus apicis dextri	—
Positiv	70	40	Positiv	—	—
do.	54	28	do.	—	—
do.	44	22	do.	—	—
Negativ	42	0	do.	—	—
do.	30	10	do.	—	—

No.	Name und Alter	Genital-befund	Magen-		
			Lage-veränderung	Motorische Funktion: Salolprobe nach 24 Stunden	Che- Reaktion
24	Fr. K., 25 J.	Parametritis posterior	Gastroptose	Negativ	Sauer
25	Fr. M., 48 J.	do.	do.	Stark positiv	do.
26	Fr. N., 36 J.	do.	Keine Gastroptose	Negativ	do.
27	Frl. R., 39 J.	do.	Gastroptose	do.	do.
28	Fr. B., 27 J.	do.	Keine Gastroptose	do.	do.
29	Fr. M., 43 J.	do.	Gastroptose	Schwach positiv	do.
30	Fr. D., 27 J.	Metritis und Endometritis	Keine Gastroptose	Negativ	do.
31	Fr. H., 37 J.	Pelveo peritonitis	do.	do.	do.
32	Fr. E., 36 J.	Descensus ovarii	Gastroptose	do.	do.
33	Fr. B., 32 J.	do.	do.	do.	do.
34	Fr. G., 22 J.	do.	Keine Gastroptose	do.	do.
35	Fr. S., 26 J.	Descensus vaginae	Gastroptose	Stark positiv	do.
36	Fr. H., 62 J.	do.	Keine Gastroptose	Negativ	do.
37	Fr. Sch., 47 J.	do.	—	—	do.
38	Fr. T., 68 J.	do.	Gastroptose	Stark positiv	do.
39	Frl. D., 35 J.	Uterus fibromatosus	Keine Gastroptose	Negativ	do.
40	Fr. W., 35 J.	Adnextumor	—	do.	do.
41	Fr. Th. Sch.	Hydro Salpinx	Keine Gastroptose	do.	do.

befund				Bemerkungen	
mismus					
Probe mit Günzburg	Ges.-Acidität	Freie Salzsäure	Pepsinversuch		
Positiv	32	10	Positiv	—	—
Negativ	28	10	do.	—	—
Positiv	44	24	do.	—	Keine subj. Beschwd.
do.	36	16	do.	—	—
Negativ	10	0	Negativ	—	—
do.	36	8	Positiv	—	—
do.	40	16	do.	—	—
do.	13	0	Schwach positiv	—	—
Positiv	58	13	Positiv	—	—
Negativ	44	16	Positiv	—	—
Positiv	60	38	do.	—	—
Negativ	38	0	do.	Catarrhus apicis dextri	—
do.	38	10	do.	—	—
do.	12	0	Schwach positiv	—	—
Positiv	32	16	Positiv	—	—
do.	44	22	do.	—	—
Negativ	40	18	do.	—	—
do.	34	4	do.	—	—

Zum Schlusse bleibt mir die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Senator für die Erlaubnis, in seiner Poliklinik arbeiten zu dürfen und für die Ueberlassung des Krankenmaterials meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Auch Herrn Dr. M. Mosse, Assistenten an der Kgl. Poliklinik für innerliche Krankheiten danke ich herzlichst für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit.

Literatur.

Max Frank, Archiv für Gynäkologie, Berlin 1894. Ueber den Zusammenhang zwischen Genitalaffektionen der Frauen und Magenbeschwerden.

Erwin Kehrer, Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum Tractus intestinalis und besonders zum Magen.

Panecki, Retroflexio uteri und Magenneurose. Therapeutische Monatshefte, 1892, Heft 2.

Riegel, Erkrankungen des Magens. 2. Auflage, 1903, Wien.

Sommer, Ueber den Zusammenhang dyspeptischer Beschwerden mit Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparates. Centralblatt für innere Medizin, 1902, No. 9.

Lebenslauf.

Heinrich Winkler, römisch-kathol., geb. am 5. Aug. 1878 zu Jülich, als Sohn des verstorbenen Gymnasialoberlehrers Prof. J. Winkler und dessen Ehefrau Berta, geb. Heinrichs. Ostern 1899 erhielt er das Zeugnis der Reife auf dem Gymnasium zu Crefeld. Er widmete sich dem Studium der Medizin auf den Universitäten Bonn, Giessen, Kiel, München und Berlin. Am 7. März 1901 bestand er die ärztliche Vorprüfung in Kiel. In Berlin beendete er am 6. Dezember 1904 die ärztliche Prüfung. Drei Monate des praktischen Jahres war er tätig an der medizinischen Universitätspoliklinik zu Berlin auf der Abteilung für innerlich kranke Frauen. Am 1. Mai 1905 erhielt er die Approbation als Arzt.